

おむつ代の医療費控除に係る確認書 交付申請書

令和 年 月 日

(あて先) 諏 訪 市 長

【申請者】 住 所 _____
氏 名 _____
対象者との続柄 ()
電話番号 () _____

確定申告に使用するので、下記対象者の主治医意見書のうち、令和 年に使用したおむつ代の医療費控除の証明に必要な事項について、確認願います。

※おむつ代の医療費控除を受ける年数（該当するものに○）

1 年目 2 年目以降

【対象者】

住 所	長野県諏訪市									
氏 名										
被保険者番号										
生 年 月 日	明治 大正 年 月 日 昭和									